48e Année, IIIe Série, t. II. NUMÉRO 43. 21 octobre 1880

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études
à l'École de pharmacie de Paris,
Membre de la Société de Biologie.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.
Le No : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMÉRO :

BULLETIN FINANCIER

Banque Foncière.

Société anonyme.

Capital : **1,000,000** de francs.

Siège social : à Paris, 51 *bis*, rue Sainte-Anne.

La solution pacifique de la question d'Orient a confirmé la Bourse dans ses bonnes dispositions, que n'a même pu ébranler la nouvelle de l'élévation du taux de l'escompte de la Banque. Cette mesure était prévue du reste, vu les proportions inquiétantes de l'exportation de l'or.

Ce drainage monétaire est dû aux achats considérables de valeurs étrangères faits par la place de Paris et il est triste de voir l'or français s'en aller grossir les caisses des Banques étrangères, en échange de papier d'une valeur plus ou moins douteuse. Aussi conseillons-nous à nos lecteurs de vendre ces valeurs et de se porter sur les rentes françaises, malgré leurs cours élevés. Nous croyons que le 5 0/0 surtout est encore appelé à une plus-value importante.

Aux cours actuels, nous conseillons l'achat des actions *Bouillon Duval*, des *Omnibus de Paris* et de la *Banque Foncière*.

Les actions de la Société Foncière de Montrouge, dont nous avons annoncé la constitution définitive dans notre dernier bulletin, offriront un excellent placement dont nos lecteurs devront profiter dès que nous mettrons les actions en vente, ce qui ne saurait tarder. Comme on le sait, les 725,000 francs formant le capital de la Société sont employés pour 420,000 francs au paiement du prix du Parc de Montrouge, et le surplus doit être employé en constructions, au fur et à mesure des ventes; il n'y a donc aucun aléa dans cette entreprise, puisque le capital est toujours représenté par la valeur de la propriété.

L'opération consiste simplement à revendre le terrain en détail, opération qui, tous nos lecteurs le savent, laisse toujours des bénéfices importants; dans l'espèce, le terrain qui a coûté en bloc 3 francs à la Société sera revendu de 7 à 10 francs le mètre, dans un délai de deux ou trois ans; le capital de la Société sera danc plus que doublé à la fin de l'opération, sans aucune crainte de perte.

(*Banque Foncière,*)

La séance de l'Académie.

M. J. Guérin a lu le discours qu'il a prononcé sur la tombe de son ami M. Peisse, décédé brusquement. Le bouillant académicien devait bien cela à l'homme qui, la veille encore, lui servait d'intermédiaire dans d'irritants débats. Pourquoi M. J. Guérin a-t-il gâté l'excellente impression produite par son discours en tentant d'y insérer un plaidoyer en faveur de ses appareils obstructeurs si fort malmenés par M. Pasteur? M. H. Roger, a agi avec beaucoup de tact en arrêtant M. J. Guérin qui, après un simulacre de résistance, a mis son manuscrit dans sa poche et a consenti à regagner sa place.

Le restant de la séance a été occupé par la lecture d'un important rapport de M. H. Roger, dont nous donnons plus loin les conclusions.

M. Lancereaux a communiqué un intéressant travail sur l'absinthisme. Nous y avons relevé des considérations très originales sur la pathologie du système nerveux.

PATHOLOGIE INTERNE

Etude sur quelques formes de paralysies dans la phthisie pulmonaire chronique, par le Dr Beringier, ancien interne des hôpitaux.

Les complications qui peuvent survenir du côté du système nerveux dans le cours de la phthisie pulmonaire chronique ont déjà fait le sujet de plusieurs travaux. Elles ont été décrites dans la thèse de Halm qui les a envisagées dans leur ensemble, en y comprenant les troubles nerveux d'origine périphérique aussi bien que les symptômes se rattachant à une lésion des centres nerveux. Plus récemment le professeur Peter a consacré dans ses cliniques quelques pages aux paralysies localisées chez les tuberculeux.

En réunissant un certain nombre d'observations, on peut arriver à donner de ces dernières une description clinique sinon complète, du moins assez étendue pour y faire rentrer facilement la plupart des cas qui pourront se rencontrer.

Le début de ses paralysies est essentiellement variable : elles peuvent se montrer brusquement, ou s'établir lentement. Entre ces deux modes extrêmes, il en existe un qu'on pourrait désigner sous le nom de *mode mixte*. Il est donc nécessaire d'admettre trois formes de début :

1° Une *forme apoplectique*;
3° Une *forme rapide*;
4° Une *forme lente* et *progressive*.

L'attaque apoplectique est rarement complète, elle peut être précédée de quelques prodromes. Ceux-ci existent parfois depuis quelques jours lorsque les symptômes graves apparaissent. Sauf la céphalalgie ils n'ont rien de constant. Ce sont la plupart du temps des convulsions ou seulement de l'agitation, des crampes dans les membres. Dans la forme rapide la paralysie survient brusquement, mais sans être précédée de perte de connaissance, l'impotence plus ou moins complète des membres est le premier et l'unique symptôme, cependant assez souvent des fourmillements, et l'engourdissement des extrémités, ou un tremblement limité aux parties qui seront atteintes, permettent de prévoir les accidents qui vont apparaître.

Enfin dans plus des deux tiers des cas, la perte des mouvements se fait lentement, d'une façon insidieuse; les malades commencent à s'apercevoir que leur membre est engourdi, ils se sentent maladroits de leur main, qui a perdu sa force, la jambe traîne; puis la paralysie complète est constituée.

Ainsi, quel que soit le mode d'apparition des accidents, ils aboutissent toujours à la paralysie. Celle-ci peut être *hémiplégique monoplégique* ou *dissociée*. Il est rare que l'hémiplégie soit complète surtout dans les premiers jours, qu'elle occupe également le membre supérieur et le membre inférieur d'un côté. Presque constamment le premier est plus impotent que le second. Elle se rapproche donc beaucoup par ces caractères des paralysies corticales; elle offre, en outre, une grande tendance à s'accroître, à se compléter. Cependant, la paralysie peut rester à l'état de monoplégie. Plusieurs observations permettent aussi de penser qu'elle est susceptible de rétrocéder, et même de disparaître complètement : dans ces conditions il est certain que les lésions ont toujours été peu profondes et n'ont intéressé que superficiellement l'écorce cérébrale.

Quant aux paralysies dissociées elles sont exceptionnelles. Leur étude présente néanmoins un grand intérêt. Elles paraissent occuper le territoire d'un nerf sans dépasser ses limites ; ce sont surtout les muscles innervés par le radial qui ont été envahis. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que très souvent cette dissociation n'est que transitoire, et qu'au bout de quelques jours, on trouve une monoplégie complète.

Quant aux phénomènes qui accompagnent ces paralysies, on observe souvent de la contracture limitée et surtout des convulsions toniques ou cloniques pouvant non seulement envahir les parties destinées à être paralysées, mais se généraliser. L'hémiplégie faciale, presque toujours incomplète, et l'aphasie sont fréquentes : sur 29 cas, 6 fois l'aphasie a été signalée.

Les troubles sensitifs sont bien moins constants; lorsqu'ils existent ce sont la plupart du temps des fourmillements, de l'engourdissement, presque jamais d'anesthésie, si bien qu'on peut admettre que la conservation de la sensibilité est la règle. La céphalalgie seule présente des caractères spéciaux, elle peut être le premier symptôme, persister jusqu'à la fin; elle occupe en général un point fixe.

L'ensemble des symptômes, leur début, leur marche, l'absence de troubles intellectuels hors la période apoplectique, séparent, au *point de vue clinique*, ces accidents de la méningite tuberculeuse, même de cette forme ultime qui a été décrite par les auteurs. Ils se rapprochent au contraire de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau d'origine corticale.

Ces lésions qui l'on rencontre le plus ordinairement sont celles d'une méningo-encéphalite tuberculeuse localisée, c'est-à-dire :

1° Une inflammation intense et localisée des méninges, qui se traduit par un exsudat très abondant entourant de nombreuses granulations tuberculeuses réunies en foyers;

2° Des foyers multiples de ramollissement superficiel disséminés à la surface des circonvolutions. Dans d'autres cas l'absence d'inflammation méningée doit plutôt faire admettre un ramollissement primitif par lésion tuberculeuse des parois vasculaires, d'ou la formation de thromboses. Enfin il est tout au moins probable que ces accidents reconnaissent parfois pour cause une embolie cérébrale.

Envisagées au point de vue du pronostic, des complications survenant du côté du système nerveux ont une grande gravité survenant presque toujours à une période avancée de la phthisie, elles hâtent la mort des malades.

CLINIQUE EXTERNE

LEÇONS CLINIQUES

Faites à l'*hôpital de la Pitié*, service de M. le professeur Verneuil, par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté (recueillies et rédigées par Charles Leroux, et René Colin.

De l'épididymite blennorrhagique.

(Suite).

Dans le cours d'une blennorrhagie, un malade est pris brus-

quement de vomissements incoercibles, de constipation absolue et opiniâtre, de hoquets, etc.; bientôt apparaît le ballonnement du ventre; le pouls devient petit et rapide, les yeux s'excavent. En un mot, on constate tous les symptômes de l'étranglement interne, et rapidement, si on n'intervient pas, le patient succombe exactement comme dans cette affection.

Ces accidents, Messieurs, paraissent reconnaître plusieurs causes. On prétendu que, dans les cas d'épididymite intense, une irritation vive se propageait le long des nerfs lombaires jusqu'à la moelle et secondairement, par action réflexe, agissait sur les masses intestinales pour en paralyser, suivant les uns, les couches musculaires, ou les contracturer, suivant les autres; pour produire, en un mot, un pseudo-étranglement. Vous trouverez, Messieurs, des renseignements très précis sur ces phénomènes singuliers dans la thèse d'un de mes amis, M. le Dr Larguier des Bancels.

Mais c'est surtout lorsque le testicule est arrêté en ectopie inguinale que ces phénomènes se présentent le plus ordinairement. En effet, le gonflement inflammatoire va produire une augmentation de volume du testicule et de ses annexes qui, étant inclus dans un canal fibreux et ne trouvant point la place de se dilater, vont s'étrangler sur les parois résistantes de ce canal.

Cette sorte d'étranglement des tissus enflammés irrite profondément les nerfs de la région, et provoque au niveau des intestins cette contracture ou cette paralysie réflexe dont nous avons déjà parlé.

Enfin, Messieurs, nous arrivons aux deux complications les plus rares de l'épididymite blennorrhagique, je veux parler de la suppuration et de la gangrène de la vaginale et du testicule. Lorsque la suppuration s'établit, c'est la tunique vaginale qui paraît en être le point de départ; Le testicule, nous l'avons déjà dit, n'est jamais enflammé, au moins primitivement. Cette complication paraît surtout se développer chez les vieillards qui ont d'anciennes lésions de la prostate ou de l'urèthre, ou encore chez les sujets atteints de blennorrhagie, mais alors fortement affaiblis. Il se produit ainsi des abcès dits en bouton de chemise. Plus ou moins rapidement apparaissent du côté du scrotum des phénomènes phlegmoneux; bientôt, en un point, on constate une tuméfaction molle, fluctuante et douloureuse; on incise et on tombe dans une poche purulente, superficielle d'étendue, variable qui communique avec la tunique vaginale remplie de pus par un orifice ordinairement assez étroit. Dans ces cas, il faut avoir soin de débrider largement la tunique vaginale et de pratiquer un drainage très complet.

On a signalé, Messieurs, quelques cas de suppuration du testicule lui-même, mais ce sont là des faits exceptionnels.

M. Gosselin a décrit, comme vous le savez, une orchite ulcéro-gangréneuse avec destruction plus ou moins profonde du testicule et du scrotum, à marche complètement indolente; cette destruction paraît tenir à la gêne circulatoire qui résulte de la compression exercée sur les vaisseaux testiculaires par la masse épididymaire enflammée. On peut du reste reproduire expérimentalement cette inflammation gangréneuse en liant toutes les artères qui se rendent au testicule. Quant à l'indolence même de cette complication, elle s'expliquerait peut-être par l'étranglement des filets nerveux, qui accompagne celui des vaisseaux.

Messieurs, il nous reste maintenant à étudier les terminaisons de l'épididymite aiguë.

En vingt ou vingt-cinq jours la résolution peut être à peu près complète; mais bien que les principaux phénomènes aient cessé, l'épididyme reste encore bosselé et le canal déférent plus dur et plus volumineux qu'à l'état normal, et cela pendant un temps variable suivant les individus. Il est fort probable qu'il persiste dans les voies spermatiques un catarrhe plus ou moins intense, bien que le malade paraisse complètement guéri. Dans ces cas en effet, pressez, vers le pli de l'aine, sur le canal déférent et presque toujours vous provoquerez une légère douleur; de plus enfin le sperme, pendant quelque temps encore, contient des particules jaunâtres, évidemment symptomatiques de cet état catarrhal du conduit.

Enfin vous pourrez constater, mais rarement, des malades qui ont du même côté des poussées successives d'épididymite à intervalles variables. On dirait qu'une inflammation chronique, existant dans le canal déférent et la queue de l'épididyme, s'est réveillée brusquement et a produit de nouveau des phénomènes inflammatoires à la moindre cause provocatrice.

Quant à l'atrophie du testicule, elle serait fort rarement consécutive à une épididymite blennorrhagique; on en a toutefois cité quelques exemples. Peut-être dans ces cas s'agit-il d'une propagation lente de l'inflammation de l'épididyme au parenchyme testiculaire; ce n'est là toutefois qu'une hypothèse.

Ici, Messieurs, je dois vous signaler une complication qui, malheureusement, n'est pas très rare, et qui, par son caractère rebelle et sa tenacité incroyable est pour les malades une cause de souffrances multiples. Je veux parler de la névralgie du testicule qui accompagne certains cas d'épididymite et même de funiculite blennorrhagiques.

Dans ces conditions, Messieurs, je vous engage à essayer l'application des courants continus qui, employés simultanément avec les divers anti-spasmodiques et anesthésiques ordinaires, m'ont rendu d'importants services.

Enfin, nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, il se produisait secondairement à l'inflammation de l'épididyme un dépôt de fausses membranes dans les replis supérieurs de la tunique vaginale. Or, Messieurs, il n'est pas étonnant, dans ces conditions, de voir se développer, à une époque plus ou moins éloignée de l'affection primitive, une hydrocèle de la tunique vaginale, et quelquefois aussi, mais bien que plus rarement, une hématocèle vaginale; la rupture de quelques vaisseaux au niveau des fausses membranes, incomplètement organisées, suffit à expliquer cette rare complication.

Je terminerai, Messieurs, en vous disant quelques mots du traitement de l'épididymite blennorrhagique. Le repos est évidemment la première indication à remplir. Il faut de plus, dès le début, purger votre malade; vous éviterez ainsi la constipation qui, vous vous le rappelez, peut devenir une cause de douleurs plus intenses. Si les phénomènes inflammatoires sont violents, n'hésitez pas à appliquer quelques sangsues.

Puis vous prescrirez ensuite des onctions avec l'onguent napolitain et des cataplasmes. Enfin, et c'est là un point important, vous soulèverez et vous maintiendrez les bourses élevées avec des coussins.

Si vous constatez la présence d'une certaine quantité de liquide dans la tunique vaginale et que les douleurs soient fort vives, il faudra pratiquer la ponction de cette tunique, et voici comment vous vous y prendrez :

Saisissant la partie malade par la face postérieure, vous la pressez légèrement entre les doigts de façon à ramener en avant la totalité du liquide contenu dans la tunique vaginale; alors avec une lancette solidement fixée entre le pouce et l'index de la main droite, vous ponctionnez la partie saillante et antérieure de la tumeur, vous poussez jusqu'à ce que par l'absence de résistance vous perceviez nettement que la pointe de votre instrument pénètre dans une cavité.

Vous verrez souvent à ce moment sortir sur les côtés de l'instrument un peu de liquide, si vous avez soin d'incliner légèrement la lame. Vous serez au début étonnés de la profondeur à

laquelle vous devez pénétrer à travers le scrotum enflammé et œdématié pour arriver jusqu'au liquide. En général la douleur cesse après quelques minutes et ne reparaît plus dans la plupart des cas. Il est seulement nécessaire pour pratiquer cette opération de penser à la possibilité d'une inversion du testicule, afin de ne pas ponctionner au milieu de cet organe.

Enfin, Messieurs, nous possédons contre l'épididymite aiguë un moyen héroïque surtout quand on veut combattre l'élément douleur; c'est l'application de glace en permanence pendant plusieurs jours sur la partie enflammée. M. Diday, de Lyon, un des premiers, a insisté sur l'excellence de ce moyen. Une vessie remplie de glace cassée en morceaux assez petits et maintenue sur le scrotum, dont elle est séparée par un linge plié en plusieurs doubles, dans le but d'empêcher la congélation, constitue le meilleur mode d'application. Dans les premiers instants, un quart d'heure environ, le malade éprouve une sensation douloureuse qui se calme bien vite, pour faire place à un état d'engourdissement qui abolit bientôt toute douleur.

Cette méthode me semble d'autant plus précieuse que, d'après une idée purement théorique il est vrai, et pour laquelle je n'ai encore aucune confirmation, il est important de ne pas laisser évoluer dans l'épididyme une inflammation trop aiguë. Nous avons vu, en effet, que quand l'inflammation au lieu de rester localisée à la muqueuse envahissait les couches extérieures des canaux de l'épididyme ou du canal déférent, on avait d'autant plus de chances de voir des désordres définitifs dans la spermatogénèse se produire ultérieurement.

On comprend donc qu'en modérant cette inflammation dès le début avec un moyen aussi puissant que la réfrigération locale, on puisse atteindre le but que je vous indique, c'est-à-dire la localisation de l'inflammation aux parties les moins importantes.

(A suivre.)

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Traitement de la phthisie.

(Suite.)

Climats — De même que les saisons sont des climats passagers, les climats sont des saisons permanentes. On comprend donc que les climats froids comme l'hiver préviennent la phthisie, tandis que les climats chauds, comme la saison chaude, engendrent et augmentent la phthisie en diminuant la nutrition. La même pauvreté de sang que produit passagèrement l'été s'observe à l'état permanent dans les pays chauds et donne lieu à la maladie qu'on a si justement appelée *anémie des pays chauds*.

Fréquence. Climats froids. — Dans les climats très froids où la nutrition est très intense, on n'observe pas la phthisie (1). Hjaltelin n'a pas constaté un seul cas de phthisie né en Islande. Dans le même pays, d'après Schleissner, pas un seul décès par phthisie ne s'est produit de 1827 à 1837. En Suède et en Norwége la phthisie est moins commune qu'en France et en Angleterre. En Norwége, c'est sur la côte Nord que la phthisie fait le moins de victimes. En Allemagne, toute la côte septentrionale en est exempte; au contraire la phthisie est très répandue dans le cercle du Danube, où elle est regardée comme la plus fréquente des malades chroniques. En France, d'après M. le Dr Gaucher (thèse de doctorat, Paris, 1875), sur 1,000 hommes la mortalité par phthisie dans l'armée est représentée par les nombres suivants: au nord 1,13, au centre 1,32 et aux midi 1,66.

Si nous prenons un pays méridional comme l'Italie, nous constatons les mêmes résultats. En effet, la phthisie est extrêmement rare à Venise, puisque, d'après Ollivier d'Angers, sur 1,200 maladies admis annuellement à l'hôpital de cette ville, il n'y a que 7 à 8 phthisiques. Au contraire, la phthisie sévit dans les villes du midi, comme Naples par exemple où, d'après le Dr Fourné, elle entre presque pour moitié dans le chiffre des décès (1/2.33).

La même chose s'observe dans le nouveau monde. D'après les médecins anglais, la phthisie est inconnue à la nouvelle Ecosse et au Canada. Nous verrons plus loin que cette maladie est très fréquente dans les parties chaudes et tempérées de l'Amérique. « Les pertes causées par la phthisie sont moins considérables dans la zone septentrionale des Etats-Unis que dans la zone méridionale puisqu'elles sont réduites à 2.1 pour 1,000 hommes d'effectif dans la 1re division et qu'elles atteignent 4.4 dans la seconde. » (Godineau).

Climats chauds. — Si comme je l'ai déjà dit les climats sont des saisons permanentes, on comprend que les climats chauds comme des saisons chaudes engendrent et augmentent la phthisie en diminuant la nutrition. Les Européens deviennent anémiques sous la zone torride. « Un pareil état d'affaiblissement doit venir en aide à la tuberculisation pulmonaire. » (Rochard). A mesure qu'on descend du pôle à l'équateur, on constate que la phthisie est de plus en plus répandue.

Europe, la phthisie est très commune dans les îles de l'Archipel. A Tinos par exemple, la phthisie est la plus répandue de toutes les maladies (Zallony). Elle se rencontre très souvent à Naxos (Demiralis).

En Grèce, le nombre des décès dû à la phthisie se rapproche considérablement de ce qu'il est ailleurs (Rochard). La phthisie est très fréquente à Tripolitza. Aux îles Ioniennes il y a un phthisique sur 206 soldats. En Turquie, on l'observe autant que dans les autres parties de l'Europe. Elle est aussi fréquente à Beyran qu'à Paris. Elle est très commune à Constantinople.

La phthisie est très fréquente à Salerne ainsi qu'à Naples, malgré la sérénité de son ciel (Rochard). A Naples, la proportion des décès dus à la phthisie est de 1 sur 2, 33 dans les hôpitaux civils et de 3 sur 6, 7 dans les hôpitaux militaires (Dr Fourné). A Rome d'après le même docteur il y a 1 décès sur 3, 25, chiffre qui n'est dépassé qu'à Naples. « La phthisie a fait dans l'armée française d'occupation plus de ravages qu'elle n'en fait en France. 1 victime sur 9-71 au lieu de 1 sur 13-6. » (Félix Jacquot.)

Elle est fréquente à Turin, à Milan, à Florence. A Gênes la phthisie entre pour un sixième dans le chiffre des décès (Carrière). A Livourne et à Florence elle entre pour un neuvième (Dr Journé.)

La phthisie est commune à Nice où elle est appelée par les médecins bronchite chronique (Grellety.) « A l'hôpital de Nice un septième des décès est dû à la phthisie. » (Bricheteau.) Je ferai observer ici qu'il s'agit des Niçois et non des étrangers qui meurent à l'hôtel ou dans leurs villas. La phthisie exerce ses ravages à Hyères, Cannes, etc. « A deux pas d'Hyères et de Nice, à Toulon dont les chaleurs peuvent pendant l'été rivaliser avec celles de l'Afrique et dont la population maritime ne quitte guère la Méditerranée, la phthisie fait parmi les marins plus de ravages peut-être que sous le ciel brumeux et sombre de la Bretagne. » (Rochard.)

A Marseille sur 9 adultes, 2 périssent phthisiques. Le Dr Brunache a constaté sur les registres de l'Hôtel-Dieu de cette ville qu'on y comptait: 1 phthisique sur 4 décès. A Montpellier un

(1) La plupart des observations que je rapporte ont été puisées: 1° dans l'article *climat* paru dans le dictionnaire de M. Dechambre, sous la signature de M. le Dr Rey; 2° dans le mémoire présenté par M. Rochard à l'Académie de médecine sous le titre: « De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phthisie pulmonaire. »

tiers des décès est dû à la phthisie (Muret). Les habitants de Pau sont très sujets à la phthisie.

La phthisie sévit sur le plateau élevé de l'Espagne centrale; elle est dans cette région une puissante cause de mortalité. Elle est très fréquente, dans le sud, à Malaga. Elle sévit dans la capitale des îles Baléares.

A Gibraltar, la mortalité par phthisie parmi les troupes anglaises est de 3·62 sur 1,000 (Boudin). Il meurt plus de soldats anglais phthisiques à Malte qu'à Gibraltar. A Malte il y a 1 phthisique sur 169 soldats. (Tulloch).

La phthisie n'est pas rare dans le midi de la péninsule espagnole malgré la douceur et la stabilité du climat. A Gibraltar la phthisie fait éprouver de grandes pertes à la garnison anglaise (Hennen). C'est la véritable endémie de ce rocher. La proportion est de 1 phthisique sur 178 soldats (Tulloch).

Afrique. « Il y a bien des médecins et je suis du nombre qui regardent comme positivement illusoire l'immunité phthisique de l'*Algérie.* » (Arnould). « Il s'en faut que la phthisie soit rare dans ce pays. » (Rey). En effet, d'après le Dr Feuillet sur 100 décès 10 sont dus à la phthisie. D'après M. Rochard, « on compte dans la population civile 1 décès sur 15-5 décès, ce qui se rapproche considérablement de ce qu'on observe dans la majorité des villes de France, ce qui dépasse la proportion qu'elle atteint dans nos campagnes où elle n'entre guère que pour un trentième dans le nombre des décès. » A Tlemcen, à Constantine la phthisie est assez commune. A Constantine sur 8 femmes européennes mortes en deux ans 4 ont succombé à la tuberculisation pulmonaire. » (Rochard.)

La phthisie est très fréquente en Egypte. (Pruner Bey Schnepp). Griesinger y a compté 1 phthisique sur 67 malades. « Cette proportion dit M. Rochard dépasse celle des troupes anglaises aux Antilles, à Sainte-Hélène, à Maurice, à Malte, dans tous les points considérés comme nuisibles aux tuberculeux. »

La phthisie fait de nombreuses victimes au Sénégal et sur la côte occidentale d'Afrique (Rochard). A Sierra-Leone les Anglais comptent 1 phthisique sur 485 hommes d'effectif. « Les tubercules sont très communs dans la population indigène de Sierra-Leone et la phthisie a une large part dans les décès. » (Raoul). La phthisie est fréquente à Zanzibar, à Madagascar, etc. Au Gabon elle sévit sur les Européens. Elle est fréquente à Maurice où elle tue 1 soldat sur 312. Parmi les troupes anglaises qui tiennent garnison au cap de Bonne-Espérance, il y a 1 phthisique sur 181 soldats (Dr Tulloch). La phthisie est très fréquente à Fernando-Po.

Asie. Un grand nombre de Chinois succombent à la phthisie. En Cochinchine cette maladie est commune chez les Européens et chez les Annamites. Elle est très fréquente à Bangkok (Bradlen). Elle est plus fréquente dans l'Inde qu'en Europe. Collas dit en parlant des natifs : « J'ai à dessein classé la phthisie après le choléra, comme maladie endémique. C'est à Pondichéry pour les Indiens et surtout pour la race croisée une affection terrible. » « A Madras la phthisie se manifeste sur les anglaises qui, parties de leur pays avec la santé la plus florissante, succombent après quelques années à la phthisie pulmonaire que ce ciel doux et cette températurs élevée semblaient plus propres à guérir qu'à déterminer. » (Levacher). La phthisie fait de nombreuses victimes à Canton, à Goa, au Bengale. « Au Bengale, la mortalité par phthisie est telle, d'après le Dr Twinning dans les familles anglaises et portugaises qu'il ne reste plus un seul individu vivant à la troisième génération. « Je n'ai rencontré en Arabie que phthisiques et lépreux. » (Petit.)

Amérique. Au Pérou la phthisie fait des ravages affreux et pendant certains mois les cinq huitièmes des décès sont dus à cette maladie. La maladie la plus meurtrière au Brésil est la phthisie. « Le Brésil, malgré son beau ciel et l'uniformité de sa température est un des points du globe où la phthisie sévit avec le plus d'intensité. » (Dr Sigaud.) A Rio-de-Janeiro elle enlève le cinquième de la population et à l'hôpital de la marine de cette ville les phthisiques entrent pour un tiers dans la mortalité. Au sud du Brésil, à Sainte-Catherine, à Rio Grande, à Coïritiba, la phthisie marche en première ligne (Dr Jubin). La phthisie est très commune dans la République de l'Equateur. Au Chili, elle fait de tres grands ravages chez les Chiliens et chez les Européens. Elle est très commune à la Plata.

M. Rochard a compté dans l'escadre de la Plata 1 décès par phthisie sur 4.60 décès. La phthisie entre pour le chiffre le plus élevé dans la statistique des décès de Montevideo dressée par Martin de Moussy et dans celle que produit Marroin, elle figure pour un quart dans la mortalité du corps expéditionnaire. A la Nouvelle Grenade, la phthisie est commune surtout chez les Européens. A la Guyane hollandaise la phthisie aiguë galopante tue le tiers de la population. Dans la province de Yucatan (Mexique), la phthisie est une des maladies les plus graves. Elle est fréquente aux Antille. (Moreau de Jonnès). Aux Antilles, la phthisie tue 1 soldat sur 277, c'est-à-dire plus du double de ce qu'on remarque dans l'armée de terre qui compte 1 phthisique sur 13.6 décès. La phthisie est très répandue à Saint-Pierre et Miquelon. A Miquelon, elle tue les trois quarts des habitants de l'île (Dr Gras).

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE INFANTILE

Traitemeut des affectious gastro-intestinales chez les enfants. — I. Choléra infantile. — II. Diarrhée accompagnée de mycosis intestinale. — III. Diarrhée consécutive aux affections du gros intestin. — Gastro-entérite aiguë.

I. — Le Dr Oscar Silbermann, de Breslau, considère la dyspepsie comme la cause essentielle du choléra des enfants. Pour s'expliquer son mécanisme à produire la diarrhée, il faut avant tout bien connaître les conditions anatomiques de l'estomac des enfants à la mamelle.

Les recherches de Fleischman faites en ce sens ont donné les résultats suivants : 1° chez le nouveau-né la musculature de l'estomac est extrêmement faible ; les fibres longitudinales du pylore de Henle font absolument défaut; 2° le fond est peu développé ; 3° le pylore l'est au contraire beaucoup ; 4° la direction de l'estomac du nouveau-né est presque verticale; 5° il n'y a point de fibres obliques ; 6° les glandes à pepsine sont peu nombreuses et ne se trouvent que vers le pylore, tandis que chez l'adulte c'est au voisinage du cardia qu'elles siègent; 7° chez l'enfant à la mamelle on trouve surtout l'épithélium cylindrique, il y en a jusque dans le fond de l'estomac et dans plus de la moitié des conduits glandulaires, de sorte que les cellules de pepsine ne peuvent occuper qu'une place très limitée ; 8° Les follicules lymphoïdes sont inconstants et très disséminés quand ils existent (Klebs'-Frey).

Ces données anatomiques nous permettront de comprendre aisément les conséquences de la dyspepsie et par suite ses rapports avec le choléra infantile.

a. — Toute introduction trop abondante ou trop rapide d'aliments dans l'estomac sera suivie de dyspepsie à cause du peu d'étendue de la surface digérante de cette organe.

b. — Si la consistance des aliments est trop forte, on aura encore des accidents dyspeptiques, parce que le petit volume du fond de l'estomac ne permet pas qu'un processus digestif de longue durée puisse se faire.

c. — Comme le pylore joue le principal rôle, par suite de la

position horizontale, les mouvements antipéristaltiques et les vomissements se produisent très facilement à la suite de l'excitation de l'appareil musculaire.

Si maintenant on veut avoir des notions précises sur les particularités fonctionnelles présentées par l'estomac des nouveau-nés, il est bon de se souvenir : 1° que la quantité de pepsine sécrétée par l'estomac est insuffisante; 2° que le contenu de ce viscère séjourne très peu de temps dans sa cavité, par conséquent le premier degré de peptonification s'exécute seul; il n'y a combinaison, ni d'acide chlorhydrique, ni de pepsine avec les peptones déjà formés (Brucke); 3° la caséine du lait de vache résiste beaucoup plus longtemps à l'action du suc gastrique que la caséine du lait de femme. Donc toutes les fois qu'on a recours à l'allaitement artificiel, il faut que la puissance digestive de l'estomac soit augmentée; 4° la quantité de salive nécessaire chez l'adulte pour produire la transformation chimique de certains aliments en sucre et en acide lactique, ou plutôt en *erythrodextrine*, substance qui d'après Brücke représente le premier terme de ce changement, serait tout à fait insignifiante chez l'enfant à la mamelle ; 5° sa sécrétion salivaire est sous l'influence du sympathique; le liquide est de consistance épaisse et coule difficilement par les conduits glandulaires : c'est à partir de onze mois seulement qu'on en trouve présentant la même action que chez l'adulte; 6° le suc pancréatique des enfants à la mamelle n'a point de propriétés saccharifiantes jusqu'au troisième mois.

Les recherches de Manassein ont été très utiles pour bien faire comprendre le mécanisme de la dyspepsie dans le très jeune âge. Elles ont démontré : 1° que chez les chiens rendus artificiellement anémiques, la proportion normale entre la formation des acides et de la pepsine n'existe plus; 2° que chez les animaux ayant de la fièvre pour une cause ou pour une autre, il n'y a qu'une quantité insuffisante d'acides; 3° que les mélanges digestifs des animaux fébricitants subissent aisément la fermentation putride. On s'explique alors pourquoi les enfants rachitiques, scrofuleux, syphilitiques ou atteints d'affections cutanées fournissent les cas les plus nombreux de choléra infantile; la plupart sont en effet anémiques et ont de la fièvre pour la moindre cause.

Les données nécroscopiques relevées à la suite de cette maladie ont été les suivantes; parfois la muqueuse gastro-intestinale est saine, mais le plus souvent elle est anémiée ou hyperémiée : 1° elle peut être injectée, tuméfiée ; parfois elle a perdu son épithélium sur une certaine étendue, ou même dans toute la longueur de l'intestin grêle; parfois on trouve çà et là des ecchymoses; 2° le gros intestin peut être affecté en même temps que l'intestin grêle, surtout dans sa partie supérieure et moyenne, tandis que le rectum n'est presque jamais intéressé.

On peut donc admettre que le processus tout entier se passe dans l'estomac, l'intestin grêle, la partie supérieure et moyenne du rectum, que le segment inférieur de celui-ci n'est jamais touché, hypothèse qui paraîtra plus probable, si l'on se rappelle qu'il n'y a pas de ténesme dans le choléra des enfants.

La principale indication thérapeutique est de rétablir la puissance absorbante de l'estomac et de l'intestin presque anéantie par une excrétion colossale de liquide. Pour cela, on doit leur épargner une partie du travail de la digestion et avoir recours aux lavements nutrifs. Dans les cas les plus graves, à vomissements répétés, à déjections riziformes, on n'alimentera que par le rectum et par des injections sous-cutanées.

Les rapports physiologiques et l'absorption dans le gros intestin ont été étudiés dans les recherches physiologiques de Czerny et Latschenberger. Ces auteurs ont donné les résultats suivants : dans l'état normal, l'albumine dissoute dans l'eau sera absorbée sans être altérée en aucune manière dans le gros intestin de l'homme et cela d'autant plus complètement qu'elle y restera plus longtemps. L'albumine des œufs est mal approprié à l'absorption et la graisse est résorbée sous forme d'émulsion dans le gros intestin, et le chlorure de sodium entrave ou plutôt arrête l'absorption.

Les injections de liquide dans un fragment du côlon ont donné lieu aux phénomènes suivants : (*a*) lorsqu'elles n'ont pas été répétées à une trop courte distance, il y a eu du gonflement et de l'irritation de la muqueuse, mais l'absorption s'est faite; (*b*) si elles sont faites à de courts intervalles et, cette fois, l'absorption est entravée ; (*c*) les rapproche-t-on encore, il n'y a plus d'absorption, et la quantité de liquide excrétée est supérieure à celle qui a été introduite dans l'intestin ; Leube a rendu un très grand service en introduisant systématiquement dans la pratique l'alimentation par le rectum.

Pour les enfants à la mamelle, voici comment Silbermann procède dans le choléra infantile : lavement, de 20 à 24 grammes à la température de 22° (R.), contenant de 1 à 3 grammes d'hydrate de chloral; ce lavement qui nettoie la partie inférieure du tube digestif a de plus pour avantage de la calmer complètement; une demi-heure plus tard, il injecte une matière alimentaire : bouillon, et mieux encore pancréatine.

Pour l'injection, on se sert d'un fort cathéter de Nélaton long de 78 à 80 centimètres et portant à l'une de ses extrémités un vase de verre gradué convenablement fixé.

Après qu'on a chassé l'air contenu dans l'appareil, et qu'on l'a rempli de liquide et huilé, on l'introduit par un mouvement de rotation, mais pas trop haut. On commence par 20 à 40 grammes et on élève graduellement la dose.

Dans l'agonie, tous les narcotiques sont nuisibles. L'opium est pour les enfants un instrument à deux tranchants; les individus affaiblis ne le supportent pas ; de plus, il hâte l'arrivée des accidents paralytiques. L'hydrate de chloral n'a pas ces inconvénients consécutifs, parfois mémes on élève la dose jusqu'à 3 grammes; 1 ou 2 gouttes de teinture d'opium données de la même manière et dans les mêmes conditions produiraient très vite des accidents toxiques.

On aura aussi recours comme excitants au vin et à la chaleur, bains chauds, fomentations chaudes. (*Deutsch. med. Wochenschr.* (1) et *Memorabilien*, 1880, p. 66 à 69, et *Paris médical.*)

II. — A propos du catarrhe des voies digestives des nouveau-nés ayant pour cause le mycosis intestinal, le Dr Demme, de Berne, fait les observations suivantes :

Le chiffre effrayant de la mortalité donné par l'athrepsie, très souvent consécutive à des diarrhées profuses, s'explique par l'alimentation mal appropriée. On sait en effet que jusqu'à la dixième semaine de la vie les glandes salivaires sont impropres à fournir les substances nécessaires pour la digestion des aliments solides.

Du reste jusqu'au deuxième mois, rien n'est plus facile que d'en abuser. Du cinquième au sixième mois un seul repas suffit, du sixième au dixième il en faut deux en même temps qu'une quantité de lait variant de 1 litre 1/2 à 2 litres en 24 heures.

L'auteur a vu très souvent le marasme survenir chez des enfants auxquels on fait faire trois repas par jour, et cela par suite d'une maladie de l'appareil glandulaire de l'intestin. Pendant une dizaine de jours le poids reste satisfaisant, mais plus tard

(1) Ces doses de chloral chez un nouveau-né me paraissent bien considérables et de nature à entraîner des accidents très graves, les uns d'irritation locale, ce qui serait peu de choses; les autres d'intoxication. Une dose de 2 à 3 grammes de chloral chez un nouveau-né me paraît devoir occasionner la mort, si elle est absorbée. E. BOUCHUT.

on a sous ce rapport des résultats déplorable. Les sels ont une réaction acide, sont pauvres en matières colorantes. Dans les cas graves, on trouve une sorte de champignon au milieu des matières albuminoïdes non digérées. On peut se demander si ce végétal n'a pas été la cause première du catarrhe de l'intestin ou si au contraire il n'est qu'un résultat de la putréfaction de son contenu. Dans deux cas mortels rapportés par l'auteur on constata pendant la vie une température de 39,9 et à l'autopsie on constata de véritables colonies de microcomes, dans les vaisseaux chylifères et les ganglions mésentériques.

La principale indication thérapeutique doit donc être d'enrayer la putréfaction à l'intérieur de l'intestin.

On doit s'abstenir d'aliments solides, très sucrés; le lait de vache ne vaut rien, il faut de toute nécessité alimenter par le sein ou à son défaut employer des décoctions de blanc d'œuf. Dans les cas graves ces moyens ne suffisent plus, les médicaments les plus énergiques comme nitrate d'argent et le sous-nitrate de bismuth ne produisent même pas grand'chose, au contraire : d'après l'auteur le cognac à haute dose, avec la créosote, l'opium et le benzoate de soude donnent de bons résultats. L'auteur emploie l'alcool pur aux doses suivantes : de 50 centigrammes à 1 gramme 50 par jour chez les enfants de 3 à 10 jours; 2 grammes à 2,5 chez ceux de 10 à 20 jours; de 3 à 5 grammes pour les enfants de 3 à 6 semaines; 6 à 10 grammes pour ceux qui sont plus âgés. Ce médicament agit non seulement en s'opposant à la putréfaction, mais empêchant la dénutrition il est des plus analeptiques et antipyrétiques. La formule est la suivante :

Fine-champagne.....	2 à 10 grammes
Créosote..............	1 centigr. à 1,5.
Poudre de gomme....	1 gr. 5.
Eau distillée.........	50 grammes.

Pour être donnée entre les repas dans l'espace de 24 heures. (*Alleg. med. Centr. Zeit.* et *Memorabilien*, 1880, p. 75-96.)

III. — Le Dr Ewald, de Berlin emploie dans la diarrhée en général, mais surtout dans celle qui chez les enfants tient à des altérations du gros intestin, des injections d'eau de source fraîche sans autre médicament qu'une substance indifférente (solution étendue d'acide chlorhydrique ou de soude); après chaque selle on donne à l'enfant un lavement de 2 à 300 grammes, on l'aide à le rendre en pressant doucement sur l'abdomen. Les lavements ne dépassant pas 50 grammes devront être conservés. Les suite de cette médication seraient excellentes. (*Deutsch med. Wochenschr.* et *Memorabilien*, 1880, p. 41 et *Paris médical.*)

IV. — Comme le Dr Silbermann, le professeur Kyellberg, de Stockholm, attache une grande importance à l'hydrate de chloral dans le traitement d'un certain nombre d'affections intestinales de l'enfance et en particulier dans la gastro-entérite aiguë. Il est rapidement absorbé, arrête les vomissements et souvent la diarrhée. En le donnant en lavements en sorte qu'il soit rejeté, on aura soin d'en faire l'injection peu de temps après une selle. Les doses pour un enfant de 5 6 mois sont 2 à 30 centigrammes, tandis que chez un enfant de 12 à 15 mois on donnera 50 à 60 centigrammes. La totalité du liquide injecté n'excédera pas une cuillerée à bouche ordinaire.

On peut élever la dose si cela paraît utile, afin d'augmenter l'effet du chloral; l'auteur ajoute à chaque lavement une goutte de teinture d'opium et, si une forte stimulation est nécessaire, 5 à 15 gouttes de liqueur d'Hoffmann.

Il ne faut pas non plus négliger les autres remèdes, l'eau glacée, le cognac, le champagne contre les vomissements, l'opium contre la diarrhée, les bains sinapisés contre l'albuminurie, les stimulants contre le collapsus. (*Nord méd. Arch.* et *Practioner*, july 1880, no 145, p. 54 et *Paris médical.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 *octobre* 1880. — Présidence de M. H. ROGER.

Correspondance : Elle comprend une note de M. le Dr **Rosolimos**, intitulée occlusion des orifices oriculo-ventriculaires. (*Com.*, **M. Sappey.**)

Lecture. — M. **J. Guérin** lit le discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. **Peisse**, cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

M. le Président déclare une vacance dans la section d'hygiène et de médecine légale en remplacement de **M. Chevallier.**

Election. — L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre correspondant dans la première division.

La liste de présentation portait en première ligne, MM. **Bondet** et **Doyon** (de Lyon), en deuxième ligne, MM. **Nivet** (de Clermont-Ferrand) et **Maudon** (de Limoges), en troisième ligne, MM. **Berchon** (médecin de marine) et **Billod** (de Paris).

Le nombre des votants étant de 70, majorité 36, au premier tour : M. **Doyon** obtint 29 suffrages; M. **Bondet** 23; MM. **Berchon** et **Nivet**, chacun 3; M. **Maudon** 1, au second tour, M. **Doyon** obtint 40 suffrages; M. **Bondet** 27, en conséquence M. **Doyon** est proclamé élu.

Rapport. — M. **Roger** lit un rapport sur le traitement de la coqueluche dans les usines à gaz.

Les travaux adressés à l'Académie consistent en deux notes de MM. **Baldon** et feu **Becquet**, une lettre de M. **Oulmont**, et deux mémoires de MM. **Commenge** et de **Bertholle** basés sur de nombreuses observations recueillies aux usines de Saint-Mandé et des Ternes.

De la comparaison de ces travaux le rapporteur conclut que les inhalations gazeuses n'ont d'action, et encore est-elle limitée, que sur un élément de la maladie, le catarrhe; qu'elles sont contre-indiquées dans les coqueluches fébriles, et qu'elles seraient plutôt nuisibles dans les complications si fréquentes d'inflammations broncho-pulmonaires. Ce n'est pas du reste un traitement de toutes les saisons; sans inconvénient en été, il devient dangereux en hiver, par l'intercurrence de phlegmasies pulmonaires, plus graves que la coqueluche elle-même.

Avantages et inconvénients compensés et comparés, dit en terminant M. **Roger**, la médication gazeuse est loin d'avoir une vertu thérapeutique supérieure à celle des remèdes classiques; elle répond comme eux à certaines indications, et elle est, par exemple susceptible de modifier, en quantité et en qualité, les secrétions bronchiques; elle peut à un jour donné tempérer quelques-uns des symptômes si nombreux et si variables de cette pyrexie à longues périodes ; mais comme eux aussi elle n'a aucune action abortive, ni spécifique.

Quoique la valeur thérapeutique des émanations dégagées des appareils épurateurs du gaz soit bornée et en définitive médiocre, des éloges n'en sont pas moins dus au contenu des travaux rapportés et en particulier à MM. les Drs Commenge et Bertholle qui ont longuement expérimenté à l'usine même, et qui ont fait avec bonne foi et talent œuvre de praticiens.

M. Roger conclut en proposant de voter des remerciments à ces deux confrères et de déposer honorablement leur mémoire aux archives.

M. **Lancereaux** lit un mémoire intitulé : Absinthisme chronique et absinthisme héréditaire. De cette communication il résulte que l'intoxication par l'absinthe ne se révèle pas seulement par des accidents aigus et passagers, apparaissant après un simple excès, tels que les crises convulsives que l'auteur a désignées sous le nom d'absinthisme aigu. Cette intoxication se traduit encore par des désordres qui surviennent peu à peu à la suite de l'usage longtemps continué de la liqueur d'absinthe, évoluent d'une façon régulière, finissent par modifier profondément l'organisme et souvent par amener la mort. Ces désordres à longue échéance qui affectent de préférence les facultés sensitives et mentales constituent l'absinthisme chronique. A côté de ces deux formes d'intoxication par l'absinthisme, il en existe une troisième qui est la conséquence des précédentes, s'observe dès l'enfance et se manifeste tout à la fois par des troubles de sensibilité, de l'intelligence et du mouvement, c'est l'absinthisme héréditaire. Chacune de ces formes a de grandes analogies avec l'état pathologique connu sous le nom d'hystérie. La première rappelle la crise convulsive hystérique; la seconde présente)

aussi bien chez l'homme que chez la femme, des désordres de la sensibilité qu'il est impossible de différencier de ceux que l'on rencontre dans l'hystérie. Aussi doit-on croire que plusieurs des cas d'hystérie rapportés chez l'homme ne sont que des cas d'absinthisme. La troisième de ces formes, l'absinthisme héréditaire est généralement confondue avec l'hystérie qui est un complexus pathologique bien plutôt qu'une maladie dans le sens vrai du mot. Toutefois les phénomènes qui lui sont propres constituent dans le complexus en question, du moins par leur évolution et leur origine, un type à part. D'autres types groupés sous le même chef mériteraient d'être également séparés, mais ils ne le seront qu'à la condition de remonter à la sonrce du mal.

CORRESPONDANCE

Mon cher Monsieur Galippe,

Le *Bulletin scientifique du Nord* renferme à mon adresse un éreintement de première classe ; c'est le deuxième que je reçois de la même source, et s'il est vrai que pour se bien porter, il n'est rien de tel, au dire de Zola, que de se procurer un éreintement par semaine, les gens du Nord sont en voie de me faire la plus belle santé du monde.

Je l'ai lue avec soin, cette diatribe, où les raisons sont remplacées par des injures, et je vous assure qu'elle m'a laissé assez froid ; si même j'avais l'ombre d'une animosité contre MM. Moniez et Giard, elle m'aurait réjoui, en vertu de l'adage : Tu te fâches donc tu as tort.

La gloire, dit-on, se compose de louanges et de critiques, de compliments et d'injures. Jusqu'à présent on ne m'avait ménagé ni les louanges ni les critiques, ni même les compliments ; il me manquait les injures. Grâce aux rédacteurs du *Bulletin du Nord*, mes papiers sont en règle pour la postérité.

Pourquoi diable aussi, moi infime vétérinaire, me suis-je mis dans la tête, depuis trente ans, d'étudier les maladies parasitaires des animaux et leurs causes? Est-ce que cela me regarde? Pourquoi surtout suis-je allé fourrager dans le champ des tænias, qui paraît-il, — et, je vous assure bien que je l'ignorais, — est la propriété exclusive de M. Moniez? Mon grand crime, je le sais, est d'avoir arraché de ce champ un petit fait que le susdit propriétaire laissait mijoter pour le servir tout chaud, à son heure, à savoir : « que les tænias des herbivores suivent toutes leurs phases de développement dans le même animal sans passer par un intermédiaire. » *Inde iræ.*

Je ne suis pas le seul, du reste, à exciter ainsi l'ire des zoologistes de Lille, comme on peut le voir à la fin de l'article où l'on me houspille d'importance, et mes amis du Muséum en savent quelque chose : les splendides *injections* de M. Poirier, qui valent bien les coupes de M. Moniez, n'ont pas plus trouvé grâce devant lui que « mes observations boîteuses » et mes « dessins informes. » Aussi suis-je en si bonne compagnie que j'aurai vraiment tort de me plaindre.

Quant au secours que M. le *Directeur du Bulletin scientifique du Nord* est venu prêter à son élève en ajoutant son coup de pied.... de la fin, on voit trop facilement que mon dos n'est qu'un tremplin pour faire ricocher une fois de plus ses aménités ordinaires à l'adresse des « mandarinsde l'Institut, » dont l'esprit de justice distributive est tellement oblitéré qu'ils en viennent à donner des prix à « des travaux sans valeur et sans critique » comme les miens sur la *métamorphose hypopiale de certains acariens*, et à laisser se morfondre au fond d'une province un savant modeste dont les plus hautes positions scientifiques de la capitale sont à peine dignes.

Décidément l'orgueil est aussi mauvais conseiller que la colère et ce n'est pas du Nord que cette fois encore nous viendra l'urbanité...., ni la lumière sur l'origine du tænia inerme de l'homme.

Cela dit, je reviens à mes moutons, — comme me le conseille si élégamment M. Moniez,—et je vais parler à vos lecteurs de la récente découverte de M. Poincarré, de Nancy, découverte qui va encore faire sauter en l'air les scalpels de Vimereux. (1)

Votre bien dévoué
MÉGNIN.

Vincennes, 12 octobre 1880.

BIBLIOGRAPHIE

Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périostatique, par le Dr Paul SEGOND, prosecteur de le Faculté. (G. Masson, éditeur.)

C'est avec un véritable intérêt que l'on étudie cette thèse qui est, nous ne craignons pas de le dire, une des meilleures monographies que nous possédions sur les affections des organes génitaux.

Au point de vue étiologique l'auteur divise les prostatites en deux groupes : prostatites de cause indirecte, à frigore, métastiques, etc.; prostatites de cause directe, prostatiques traumatiques par contusion ou plaie, prostatites par propagation, consécutives à une blennorrhagie ou à une blennorrhée, prostatites par irritation et par excès de congestion (influence de l'absorption cantharidienne, de boissons alcooliques, de balsamiques, etc.).

Le chapitre consacré à l'anatomie et à la physiologie pathologique est fort bien compris ; les descriptions en sont claires et reposent sur de nombreux faits pathologiques.

L'auteur admet deux formes cliniques : les suppurations aiguës et les suppurations insidieuses ; cette division est applicable aux abcès intra-prostatiques et abcès périostatiques. Les diverses terminaisons sont étudiées en détail. Nous recommanderons également le chapitre du traitement des abcès de la prostate et des complications, et en particulier celui des pistules qui succèdent à l'ouverture anormale de ces abcès. Ce travail repose sur l'examen de cent quinze observations d'abcès prostatiques ou péri-prostatiques.

Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des tranmatismes cérébraux, par le Dr Amand CHEVALLEREAU. (H. Delaye et Ce, Editeur).

Les paralysies des muscles moteurs de l'œil consécutives à des traumatismes cérébraux sont rares ; mais surtout elles paraissent avoir été trop peu souvent recherchées. C'est l'étude de ces paralysies qui fait l'objet de la thèse de M. Chevallereau. Voici les conclusions de l'auteur :

Les paralysies oculaires consécutives aux traumatismes cérébraux succèdent le plus souvent aux fractures du crâne. Elles portent le plus ordinairement sur le nerf moteur oculaire externe. Ces paralysies peuvent être dues à une lésion de l'écorce cérébrale dans la région du pli courbé, cependant il n'existe pas pour les yeux de localisation motrice dont l'existence ne puisse être fortement ébranlée par la critique.

Aussi le strabisme paralytique que l'on observe après des traumatismes est généralement dû à des lésions, soit des cordons nerveux moteurs de l'œil soit de leurs noyaux d'origine. Pour ces derniers, les lésions consistent en leur destruction par une hémorrhagie ou par une déchirure du plancher du quatrième ventricule dans le cas de choc céphalo-rachidien. Les troncs ner-

(1) Nous publierons dans le prochain no le travail de Mégnin.

veux peuvent être rompus, déchirés, tiraillés ou comprimés par des hémorrhagies des exsudats ou un cal osseux.

Les symptômes ne diffèrent pas de ceux des paralysies de cause organique le pronostic dépend de la nature de la lésion et de l'état du globe oculaire.

NOUVELLES

— Nous avons publié, il y a quelque temps, un article sur les momies naturelles, encore un mot à ce sujet.

Quelle est la cause scientifique, de cette conservation ? C'est une question qu'il serait intéressant et utile de résoudre. Aujourd'hui on embaume les morts ; mais les méthodes employées ne sont pas toujours efficaces, ne garantissent pas une conservation séculaire, et les familles montrent souvent quelques scrupules à livrer leur mort aux praticiens. Aussi quel ne serait pas l'avantage de caveaux, de galeries jouissant de la faculté de conservation. Toutes les personnes aisées voudraient ainsi conserver leurs morts. Ce serait une consolation et une victoire sur la nature ce serait la résurrection des nécropoles égyptiennes, mais avec combien d'avantages.

Et qu'on n'aille pas dire que cette idée n'est pas praticable car au couvent de Palerme (en Sicile) il existe un caveau, qui momifie les corps en les desséchant, et où les riches familles placent leurs morts, auxquels ils vont faire de fréquentes visites. On y voit le long des murs des rangées superposées, triples, quadruples de milliers de cadavres momifiés. Les traits du visage sont encore presque reconnaissables ; ils offrent une expression nette et vive ; ce visage sourit, celui-là est tranquille, cet autre agité ; cette bouche est tordue par la douleur, ces traits expriment la haine, ceux-là la fureur. « Aussi ne croit-on pas avoir devant soi des morts mais des vivants. » Il y en a qui dorment là depuis 300 ans.

Eh bien ne pourrait-on pas étudier les causes de la propriété vraiment étonnante de ce caveau et une fois qu'on les connaitrait exactement ne pourrait-on pas par l'artifice de l'art arriver aux mêmes résultats ?

Un grand problème serait résolu et une grande consolation offerte.

Henri MAGER.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du président du conseil, ministre de l'instruction publique et des beaux arts, en date du 9 octobre 1880, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— LÉGION D'HONNEUR. — Par décret en date du 5 octobre 1880, sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, ont été promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur : *Au grade de commandeur* : MM. le Dr Pidoux, médecin des hôpitaux, à Paris, membre de l'Académie de médecine, officier du 30 août 1865, le Dr Bergeron, médecin des hôpitaux, à Paris, membre de l'Académie de médecine ; officier du 12 mai 1866.

— M. Régis, docteur en médecine, est délégué provisoirement dans les fonctions de chef de clinique de pathologie mentale, en remplacement de M. Doutrebente, démissionnaire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Etude bibliographique et clinique du nitrite d'amyle, par le Dr Azil, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Lille. 1 vol. grand In-8° de 160 pages. 4 fr. A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Du traitement de la diphthérite par les applications locales de bromure de potassium pur, par le Dr H. Peyraud (de Libourne). In-8°. 2 fr. A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

Le Propriétaire-Gérant : V. CORNIL.

RÉSUMÉ D'UN TRAVAIL

sur les préparations de goudron de bois.

Capsules. — Les capsules de goudron sont de petits sphéroïdes, à enveloppe gélatineuse assez dure contenant quelques centigrammes de goudron. Introduites dans l'estomac, l'enveloppe de de ces capsules se déchire, le goudron visqueux se répand sur la muqueuse stomacale, recouvre les papilles d'un enduit épais très difficile à émulsionner ; à la longue, il en résulte comme moindre inconvénient des affections gastriques spéciales et des obstructions intestinales.

Emulsion de goudron. — Pour obvier à ces inconvénients, on a imaginé de diviser le goudron et de le suspendre dans un liquide aqueux au moyen de substances à peu prés inertes sur l'économie telles que la *saponine*. Le produit ainsi obtenu constitue l'émulsion de goudron ; mais sous l'influence du suc gastrique le goudron ne tarde pas à se réunir et une partie des inconvénients signalés pour les capsules se reproduit, entraînant à sa suite des accidents divers qui se traduisent par une grande difficulté de tolérance pour l'estomac.

Eaux de goudron. — Les eaux de goudron sont de deux sortes : 1° les unes sont obtenues par simple macération de l'eau sur le goudron, soit à chaud, soit à froid. Inutile de dire que ce procédé est absolument défectueux ; attendu que l'eau ne peut dissoudre qu'une très faible quantité de substances solubles ; 2° les autres sont formées de goudron tenu en dissolution au moyen d'un alcali. Ce mode de procéder a des défauts multiples ; le goudron est transformé, ses propriétés primitives sont altérées, etc., etc.

Créosote. — On a cru atténuer et annihiler d'un seul coup ces divers inconvénients en supprimant tous les composants du goudron à l'exception d'un seul, **la créosote** et en substituant complètement cette dernière aux préparations de goudron. A première vue, l'intention paraît bonne, mais il nous semble qu'il y a eu des exagérations de la part des innovateurs. Le goudron de bois est un composé de principes très nombreux, la créosote n'est qu'un de ses éléments actifs ; les autres substances actives qui composent le goudron ont chacune des propriétés spéciales et de l'ensemble de ces propriétés, il résulte une action définie, directe, unique sur l'économie ; prétendre remplacer tous ces composés par un seul, substituer à l'action de tous l'action d'un seul est un acte de témérité que l'expérience a confirmé. De plus, la créosote (nous entendons la créosote pure, et non certaines créosotes fraudées du commerce) est un produit difficile à obtenir pur, un caustique énergique capable de produire des accidents, lorsque quelques gouttes séjournent dans le larynx, l'œsophage ou l'estomac. Pour atténuer ces effets, on a cherché à masquer cette causticité en diluant la créosote dans des vins, des élixirs, des huiles, etc. ; mais ces substances me masquent pas suffisamment la causticité de la créosote, les malades ne les supportent et ne les digèrent que difficilement ; et comme la créosote qui bout à 203° n'a qu'une très faible volatilité, il en résulte que même diluée et divisée son séjour prolongé sur les muqueuses stomacales, les enflamme, les irrite et amène des éructations odorantes phéniquées ; lorsque les sécrétions commencent à se tarir, il survient de l'embarras des voies digestives et à la suite des accidents plus sérieux.

(*A suivre.*)

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.